

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

事業所番号	2795000146		
法人名	社会福祉法人大和福寿会		
事業所名	グループホームオアシスキズリ(さくらんぼ)		
所在地	大阪府東大阪市衣摺2丁目9番13号		
自己評価作成日	平成23年1月24日	評価結果市町村受理日	平成23年5月18日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.osaka-fine-kohyo-">http://www.osaka-fine-kohyo-</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階		
訪問調査日	平成23年2月22日		

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

:グループホームが家庭の延長であり認知症の高齢者が、それぞれの役割分担の中スタッフと共に日常生活に係る調理、掃除、洗濯を行い、穏やかに安定した生活が送れていると思います。また訪問診療、居宅療養管理指導を導入し、健康面での管理も充実しており、医師、看護師、ご家族、介護スタッフとの連携協力により、ターミナルケアも行っております。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

地域密着の原点である自治会との連携や運営推進会議の活用が家族会の協力を得ながら、施設を中心にうまく回転している状況である。今後とも事業者が地域でなくてはならない存在として、又地域高齢福祉の核として存在価値を示してくれるものと期待する。その他ターミナルまで対応可能な充実した医療連携も家族に安心感を与えている。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりがが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I.理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「私達は、高齢者(認知症)要介護者にとってなくてはならない存在でありたい」を、理念に掲げ、入居者の援助に取り組んでいます。	理念(安心・健康の提供)運営方針(地域社会への貢献等)をカード(2011・1・13作成)にし全員携帯し日々朝礼にて確認し合っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会、婦人会の行事に参加するとともに、地域の清掃(クリーンフェスタ)に積極的に参加し、交流を図っている。	地域密着とはこの施設のことではと思う位自治会・町民・官庁等との連携が良くできており家族会よりお礼の言葉が出ている。お互いの感謝の気持ちが素晴らしい。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	法人主催のイベントや地域運営推進会議において、説明会や介護に対する相談先を紹介している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	自治会、地域包括、入居者代表、家族代表、法人事業所代表を委員とする運営推進会議を2ヶ月に1回開催しており、報告や行事等を含め話し合いを行っている。会議での意見、質問、要望等を記録し、サービスの向上に努めている	運営委員会は2ヶ月にきずり自治会・北自治会・地域包括・家族会・入所者・施設よりほぼ全員が出席し意見交換し施設のサービス向上に努め実施している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市との関係づくりが大切であることを認識し、必要があれば担当者で連絡を取り合うなど連携、協議しながら、サービスの向上を図っている。	市の介護福祉課との連携を密にし問題があれば相談・指導頂き問題解決にあたりサービス向上を図っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	入居者の自由な暮らしを支え、入居者や家族に心理的に圧迫感を与えない配慮や、身体拘束をしない工夫をしている。	身体拘束をしない事を明文化しお互いに確認している。現実にも出入口も施錠して無く異常時にはブザー対応になっている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	勉強会を行うまでに至っていない。職場環境を整え、介護者がストレスを溜めない様に配慮している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	職場が権利擁護、後見人制度の研修に参加している。現在、成年後見人制度の手続きを行っている人もいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時、重要事項説明書、契約書を詳しく読み上げ、その都度、分からない点や疑問点をお尋ねし、説明を行い理解・納得して頂いている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	苦情相談窓口の掲示、日常生活からでた苦情、訴えは傾聴し、苦情受付報告用紙に記載し、それらを運営に反映している。	利用者・家族が参加した運営推進会議や年2回の家族会の機会に要望等意見を聞いている。個別の内容については家族来訪時や電話にて要望を聞いている。家族会では懇親が中心で要望等を話し合う時間は設けていない。	家族会の時に家族の困っていることなどを話し合う時間を設けて家族とのコミュニケーションを更に強化し事業所の運営に活かすことが望ましい。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回全体会議を行っている。問題点、改善すべき点を提案し、意見を取り入れている。必要があればその都度意見を傾聴し、改善反映に取り組んでいる。	月1回全員会議を行っており日々の業務の問題点・入所者の情報などを確認し情報を全員で共有している。	会議・研修・勉強会の内容を議事録に明記して日頃職員が情報の共有を行っている事実を記録として残し目に見える形にすることが望ましい。
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	入居者の担当、委員会の担当を設け、仕事の内容を明確化している。各自が自己実現できる職場環境であるよう心掛けている。介護福祉士、介護支援専門員受験		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社会福祉法人の研修会、法人内の勉強会に参加させている。日々業務の中では問題点があれば、レベルアップにむけての指導を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	外部研修のみの交流となっている。インフォーマルな集いに積極的に参加するとともに、同業者との連携、交流を図りたいと考えている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	初回面接時、相談受付用紙を用いサービスに反映するよう、心掛けている。嗜好品については充足できるよう心掛けている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	初回面接時、相談受付用紙を用い、要望等を傾聴しサービスに反映するよう心掛けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居するにあたり、ご本人とご家族が必要としているサービスを見極め、必要であれば地域サービスにつなげ、広く介護サービスの相談所としての機能を持っていると、認識している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は高齢者として尊重し、笑顔を絶やさず利用者の立場で判断理解し、喜びや楽しみが共感できるように支援している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	きずり新聞を月に1回発送し、ご様子をお伝えしています。年に2回家族会を開催し、職員とともに交流が図れるようにしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	イベントや家族会の参加を呼びかけている。知人、友人には面会の受け入れを行っている。	入所時に本人の長年馴染んだ暮らしの情報を確認・把握し関係がとぎれ無きよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	リビングテーブル席で数人が集まり会話が出来るように配慮している。トラブルがおきる場合は職員が中に入り、コミュニケーションをとるようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	死亡退居、入院退居がほとんどで、そこまでいたっていない。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	常日頃より一人ひとりに関わる時間をもち、その人それぞれの思いを理解し、希望にそった安心して頂けるサービスに努めている。	日頃より本人・家族の希望や意向を十分に聞きサービス計画に確認し支援している。その後も随時修正している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前のアセスメント、家族会や面会の折に触れ、また本人との会話の中で趣味や嗜好、生活暦を聞き把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	一人ひとりの心身の状況を、毎日の経過記録に記入し、朝礼・終了時申し送りしを行うことにより、職員全員が現状の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人、ご家族の思いや要望を傾聴し、得た情報をカンファレンスや会議等通じて、スタッフ全員で検討し介護計画を作成している。	入所時に本人・家族からの要望を聞きスタッフ会議を通して介護計画を作成している。見直しは3ヶ月を基本にしているが体調変化の時にはこの限りではない。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	カルテ、連絡帳を活用し、気付いた点等があれば記録している。ケアの変更が即必要な場合は、連絡帳にて職員に周知徹底している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人、ご家族の希望や状況に応じて、病院の通院や送迎の支援を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	自治会の方に運営推進会議に参加して頂き、地域住民のニーズを把握するように努めている。デイサービスでの地域ボランティアを共同で活用し、保育園の運動会や地域イベントに参加している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人、家族の希望に応じ、今までの主治医に見て頂くよう心掛けている。緊急時の対応ができるよう、関連医療機関とはたえず連携を図っている。	かかりつけ医は本人・家族の要望のもと決められている。近隣の開業医が毎週金曜日に往診があり安心した医療体制を敷いている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	健康チェック、健康管理を行い主治医とみつに連携を図っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	病院の相談員とは常日頃より情報交換を行い、良好な関係を保てるよう努力している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご本人、ご家族、主治医と早い段階から話し合いを行い、方針を共有する。職員に対しては、会議等用いて十分に説明しながら方針を共有し、支援に取り組んでいる。	重度化や終末期にたいする方針を明文化、本人・家族と施設間にて十分に話しあい確認している。今までに数件の経験もされスタッフ研修もよくしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	主治医を交えてのサービス担当者会議を行い、入居者の医療的観点からみた指導を、随時受けている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回消防署の指導のもと、防災避難訓練を実施しています。地域運営推進会議にて、自治会の方々に呼びかけ、地域住民の方々に協力体制が築けるよう努力している。	年二回消防署指導のもと特に夜間を想定した訓練を受けており、また地域連携体制も充分に出来ている。また9月にはスプリンクラーの設置も決まっている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉掛けを十分に認識し、心掛けている。	スタッフ全員が入所者に対する声かけや話し方・トイレへの誘導など個人への尊厳をカードに記入し毎朝唱和して確認している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人が日常生活において、自己決定ができるよう導き、実現できるよう支援している。全ての入居者にたいしては、難しいところがあるがご本人が納得して生活できるように心掛けている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	その人らしく生活を送って頂けるように、一人ひとりのペースを大切にして、入居者第1にその思いを傾聴し、希望にそって支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	月に1回訪問理美容の方が来られ、希望通りのヘアースタイルにしてもらっている。衣類はご本人に選んで頂くかご家族がその人の好みを考え購入している。化粧、お肌のお手入れは、それぞれに行っている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の買出し、調理、片付けは、入居者とともにに行っている。月1回の嗜好調査で希望食を取り入れている。	食事の準備・片付けは出来る方と一緒にスタッフと共に楽しく食事している。又メニューはスタッフ全員で半年単位にて作成し料理も全て手作りで暖かい食事が出来ている。又希望により特別メニューもある。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎月メニューを作成し、栄養のバランスが保たれるように努めています。状況によっては、主治医と相談を行い、栄養補強飲料等にて支援をしています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食事後の口腔ケアを本人の状態を援助しながら行っている。関連医療機関である歯科医と連携をとりながら、治療、管理を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	一人ひとりの排泄サイクルに合わせ、パットに頼ることなくトイレでの排泄を促している。失禁のある人には、その状態に応じ早めの誘導を行い、不安感を持たない配慮を行っている。	個人別排泄チェック表にて排泄パターンを把握しパットに頼ることなく早めの誘導・自立に向けた支援をしている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	一人ひとりの日中の活動、体操、施設内での歩行練習などを行い、また食事や水分の摂取量など個別に取り組んでいます。主治医より、指導、助言を頂いている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	週2回の回数は決まっているが、必要があればその都度入浴している。拒否がある人には、無理にすすめず。	入浴は基本的に週2回・午前と決まっているが希望により変更可能な体制を敷き入浴チェック表にて個人別に管理している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	その人それぞれの状況に応じ、気持ちを理解し安心できるよう支援している。訪室により不眠の方がいる時には、何かを飲用して頂いたり側に付き添い眠れるように支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	看護師により、本人、家族に説明を行い理解して頂いている。職員は、服薬袋の名前を確認しながら援助しているが、効能等については理解していない。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	その人それぞれの役割は支援しているが、行う人が決まっており、全員に対し喜びや張り合いにはつながっていない。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	近隣の公園やスーパー等に外出している。年に何回かは全員で普段は行けない場所にも外出し、気分転換を図っている。	日々の食料買い出し・近くの公園への散歩の外出支援をし又希望を確認し誕生日には車にて外食や博物館見学に出かけている。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	個人でお金を持ち、遣う支援は行っていない。必要な時にご家族と相談しながら希望にそえるように支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族へは、ご本人の写真や様子をホームより伝えている。本人への届け物、手紙等は、本人のもとへ届けている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	リビング、トイレ、廊下にも四季を取り入れた飾りがあり、家庭的で暖かい雰囲気出せるように心掛けている。玄関は鍵をかけず自由に出入りができるようにしている。	居間兼食堂には季節感を醸し出す手作りのはり絵等が飾られており毎月模様替えをしている。又トイレの表示も大きく自分の居室も二階が二丁目三階が三丁目とユニークな表示がされわかりやすい。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングでは、食事の席は決まっているが、その他ソファ等は自由に誰でも座り、それぞれ気の合った入居者同士会話を楽しんでいる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使用されていた家具、馴染みの道具を持ち込み、安心できるように配慮している。	居室には馴染みの写真・仏壇等が持ち込まれ家庭延長線上の配慮をしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	トイレ、浴室、ランドリーには、分かりやすく表示している。入居者が迷わないように心掛けている。		